

---

**Carlos PRESTES**Universidad de la República (Uruguay)  
[carlitosprestes@hotmail.com](mailto:carlitosprestes@hotmail.com)

# Religión como tratamiento complementario, posibles consecuencias en la terapéutica. Revisión

## *Religion as a complementary treatment and possible therapeutic consequences. Review*

**Resumen:** El propósito de esta revisión fue la búsqueda de evidencias de forma sistematizada de si la religión interviene en la progresión de una dolencia o enfermedad cuando se utiliza como complemento al tratamiento tradicional. Un total de 6 estudios cumplieron los criterios de selección mostrando que no hay diferencias significativas entre las distintas terapias (terapia convencional versus terapia convencional + abordaje espiritual/religioso). Igualmente se encontró que en pacientes con depresión mayor y enfermedades crónicas la religión puede fomentar la presencia de sentimientos positivos. En ancianos con enfermedades crónicas se puede encontrar un menor nivel de fatiga o "mayor energía" para realizar sus actividades diarias. En pacientes con cáncer puede aumentar el nivel de espiritualidad, mejorar el bienestar emocional y mejorar la calidad de vida. En pacientes en tratamiento por esquizofrenia puede mejorar la asistencia a los controles médicos. Si bien no altera el curso de una enfermedad puede brindar optimismo, sentido de propósito en la vida, generosidad y gratitud. La hipótesis que se plantea es que la religión secundariamente puede ejercer una modulación en la percepción de la calidad de vida y la percepción del estado de su propia enfermedad, colaborando finalmente con la disminución del sufrimiento. Hay que destacar que hasta la fecha no hay publicaciones específicas en esta temática y metodología en el idioma español.

**Palabras clave:** espiritualidad, religión, salud, ensayo clínico.

**Abstract:** The purpose of this review was to identify systematic evidence of whether religion intervenes in the progression of a disease or illness when used as a complement to traditional treatment. A total of six studies met the selection criteria, showing no significant differences between the different therapies (conventional therapy versus conventional therapy + spiritual/religious approach). Moreover, in patients with major depression and chronic diseases, religion was shown to promote the presence of positive feelings. In elderly patients with chronic diseases, a lower level of fatigue or "higher energy" could be found for performing daily activities. In patients with cancer, this new approach can increase the level of spirituality, improve emotional well-being, and improve the quality of life. In patients undergoing treatment for schizophrenia, it can improve attendance for medical checkups. Although religion may not alter the course of a disease, it can provide optimism, a sense of purpose in life, generosity, and gratitude. The hypothesis arises that religion, secondarily, can exert a modulation in the perception of the quality of life and the perception of the state of one's own illness, eventually contributing to decreased suffering. Notably, to date, there are no specific publications on this topic and methodology in the Spanish language.

**Keywords:** spirituality, religion, health, clinical trial.

Recibido: 06/03/2015 - Aceptado: 21/03/2016

## Introducción

Actualmente la relación entre la religión y la medicina es conflictiva, principalmente por la discrepancia que se tiene acerca de su efectividad. Cada año aumentan de forma exponencial las publicaciones en esta temática pero lamentablemente en su mayoría son publicaciones secundarias y con una metodología muy dispar. En muchos casos las evidencias que se obtienen son parciales, sesgadas y con resultados contradictorios. Este interés en la eventual efectividad de la religión en la práctica clínica no sólo es por parte de la comunidad médica/científica sino también por parte de sus usuarios. Esto se ve reflejado en encuestas realizadas en cuidados primarios, según las cuales un 33% de los pacientes está de acuerdo en que se tenga en cuenta sus creencias religiosas y este número asciende al 70% en pacientes con enfermedades terminales<sup>1</sup>.

Para abordar este tema es necesario comenzar con algunas definiciones. Si bien no hay unificación en los conceptos, se puede entender espiritualidad como la “búsqueda personal de respuestas para la comprensión de la vida, su significado y propósito”. El mismo autor define religión como un “sistema organizado de creencias, prácticas, rituales y símbolos diseñados para facilitar la cercanía a lo sagrado o trascendente”<sup>2</sup>. El planteo de la religión en la investigación resulta sumamente complejo, ya que no puede aplicarse el método científico en su totalidad por tener implicancias éticas y, como resulta evidente, porque muchos de sus aspectos están sujetos a la teología. También surgen grandes inconvenientes cuando se pregunta qué es lo que se tiene que ‘medir’ y qué herramientas existen para calificar y cuantificar sus características. No hay un consenso en cómo se realiza dicha ‘medición’ y esto se manifiesta en la existencia de hasta 35 instrumentos diseñados para tal fin<sup>3</sup>.

<sup>1</sup> Cfr. Diego Librenza GARCIA, Tatiana Klaus SANSONOWICZ, Gabriela Lotín NUERNBERG, Marcelo Pio DE ALMEIDA FLECK y Neusa Sica DA ROCHA: *Spirituality in Psychiatric consultation: health benefits and ethical aspect*. En: *Revista Brasileira de Psiquiatria*. Vol. 35, n° 3, julio-septiembre de 2013, pp. 335-336.

<sup>2</sup> Cfr. Harold G. KOENIG, Linda K. GEORGE y Patricia TITUS: *Religion, spirituality, and health in medically ill hospitalized older patients*. En: *Journal of the American Geriatrics Society*. Vol. 52, n° 4, abril 2004, pp. 554-562.

<sup>3</sup> Cfr. Stéfanie MONOD, Mark BRENNAN, Etienne ROCHAT, Estelle MARTIN, Stéphane ROCHAT y Christophe J. BÜLA: *Instruments measuring spirituality in clinical research: a systematic review*. En: *Journal General Internal Medicine*. Vol. 26, n° 11, noviembre 2011, pp. 1345-1357.

## Antecedentes

Más allá de las dificultades mencionadas, es posible identificar estudios en esta temática y seleccionar de entre ellos los de mayor calidad. Por ejemplo, los ensayos clínicos controlados actualmente los estudios con mayor nivel de evidencia disponible.

En este tipo de estudios hay pioneros como Randolph Byrd<sup>4</sup> (1988), quien realizó un ensayo clínico controlado sobre los efectos terapéuticos de la oración intercesora en pacientes ingresados en una unidad de cuidados críticos cardiológicos. Luego de firmado el consentimiento informado, se asignaba de forma aleatoria a estos pacientes a uno de dos grupos.

Un grupo estaba formado por los pacientes que recibían tratamiento habitual de su enfermedad cardíaca (grupo control con 201 pacientes). En el otro grupo estaban los pacientes que recibían el tratamiento habitual y además se le realizaba oración intercesora (192 pacientes en total), sin que supieran que otras personas estaban orando por su mejoría. Luego de 10 meses se comparó entre ambos grupos la presencia o ausencia de complicaciones. En el grupo de pacientes a los que se les realizó oración intercesora se constató una puntuación de gravedad significativamente menor ( $p < 0.01$ ). Asimismo, este grupo requirió menor asistencia ventilatoria, menor uso de antibióticos y diuréticos en comparación al grupo control.

Estos resultados sorprendieron a muchos en la comunidad médica/científica, razón por la cual más tarde se intentó repetir los resultados, pero mejorando la metodología y aumentando la potencia estadística. William Harris y colaboradores<sup>5</sup> (1999) realizaron un ensayo clínico controlado, doble ciego y aleatorizado en otra unidad de cuidados cardiológicos, pero esta vez en una muestra mucho mayor con un total de 990 pacientes, los cuales se dividieron de forma aleatoria en 2 grupos (un grupo control de 524 pacientes y otro grupo de 466). A todos los pacientes se daba el mismo tratamiento médico y quirúrgico, pero a un grupo se le adicionaba oración intercesora.

<sup>4</sup> Cfr. Randolph BYRD: *Positive therapeutic effects of intercessory prayer in a coronary care unit population*. En: *Southern Medical Journal*. Vol. 81, n° 7, julio 1988, pp. 826-829.

<sup>5</sup> Cfr. William S. HARRIS, Manohar GOWDA, Jerry W. KOLB, Christopher P. STRYCHACZ, James L. VACEK, Philip G. JONES, Alan FORKER, James H. O'KEEFE y Ben D. MCCALLISTER: *A randomized, controlled trial of the effects of remote, intercessory prayer on outcomes in patients admitted to the coronary care unit*. En: *Archives of Internal Medicine*. Vol. 159, n° 19, octubre 1999, pp. 2273-2278.

El estudio concluye que la estadía en la unidad de cuidados críticos cardiológicos y en el hospital fue el mismo para ambos grupos con  $p=0.28$  y  $p=0.41$  respectivamente, de modo que los resultados del estudio de Byrd no pudieron ser corroborados.

## Materiales y métodos

El propósito de esta revisión es tener una mirada integradora, actualizada y en español de las mejores evidencias disponibles entre la asociación de la religión y la progresión de una dolencia o enfermedad.

Se realizó una búsqueda sistemática de bibliografía electrónica en mayo de 2015 en PubMed (MEDLINE) utilizando las palabras clave “religion”, “spirituality”, “health”. Se seleccionaron publicaciones enfocadas en la religión judeo-cristiana y con menos de 5 años de antigüedad (marco temporal desde el 19 de mayo de 2010 al 19 de mayo de 2015). El criterio temporal de 5 años de antigüedad se propuso porque si bien desde la última década hay un aumento del número y calidad en este tipo de investigaciones, se buscaba tener una mirada actualizada<sup>6</sup>. Puesto que la gran mayoría de las publicaciones en esta temática se concentra en la religión judeo-cristiana, se usó ese criterio.

Se tuvo en cuenta específicamente publicaciones basadas en ensayos clínicos en los idiomas inglés, francés o español. Este tipo de estudio fue elegido por ser el de mayor nivel de evidencia disponible según la escala USPTF<sup>7</sup> (Nivel de evidencia I para ensayos clínicos aleatorizados y nivel de evidencia II-1 para los ensayos clínicos sin aleatorizar).

Desde el punto de vista ético no hay inconvenientes en plantear la religión como un tema a estudiar en el campo de la investigación, mientras las personas involucradas sean previamente informadas, esté presente un consentimiento informado con validez legal y no existan riesgos físicos o psicológicos para las mismas.

<sup>6</sup> Cfr. Giancarlo LUCCHETTI y Alessandra Lamas GRANERO LUCCHETTI: *Spirituality, religion, and health: over the last 15 years of field research (1999-2013)*. En: *The International Journal of Psychiatry in Medicine*. Vol. 48, n° 3, 2014, pp. 199-215.

<sup>7</sup> Cfr. Albert J. JOVELL y María D. NAVARRO-RUBIO: *Evaluación de la evidencia científica*. En: *Medicina Clínica (Barcelona)*. Vol. 105, n° 19, 1995, pp. 740-743.

Un ensayo clínico controlado (ver figura 1) es un tipo de estudio experimental en el cual se practica una metodología estricta, con el objetivo de plantear una hipótesis y demostrarla (o no), descartando que ese resultado no se debe al azar. Que el estudio sea aleatorizado indica el modo de asignación de los pacientes a cada uno de los grupos. Por lo general se realiza un listado digital de todos los pacientes que previamente firmaron el consentimiento informado y por medio de un programa digital se los asigna a los grupos. Luego de la aleatorización se comparan ambos grupos y por lo general no tienden a diferenciarse ni en el número ni en características poblacionales (cuando un estudio es de buena calidad no hay diferencias significativas ni en sexo, raza, nivel educacional, estado marital, nivel socio-económico, entre otras características).

Un estudio simple ciego significa que el paciente no sabe a qué grupo pertenece (de esa forma se descarta la posibilidad del efecto placebo). En un estudio doble ciego ni el paciente ni las personas que trabajan en el estudio saben la composición de los grupos (de esta manera se garantiza la imparcialidad de los observadores). Hay un tercer tipo de estudios que es el triple ciego. En él se desconoce la composición de los grupos por parte de los que están en la investigación, los que trabajan en ella y los que procesan dicha información (personal estadístico y de procesamiento de datos, por ejemplo). Todas estas herramientas garantizan la objetividad de las conclusiones.

La información recolectada de cada estudio fue: nombre del principal autor, año de publicación, tipo de pacientes o enfermedad, objetivo del estudio, número de pacientes, duración, calidad del ensayo clínico según clasificación de Jadad<sup>8</sup> (ver detalles en tabla 1) y resultado del estudio.

<sup>8</sup> Cfr. Josep Maria ARGIMON PALLÀS y Josep JIMÉNEZ VILLA: *Revisiones sistemáticas*. En: Métodos de investigación clínica y epidemiológica. Elsevier España, Madrid, <sup>3</sup>2004, p. 103.

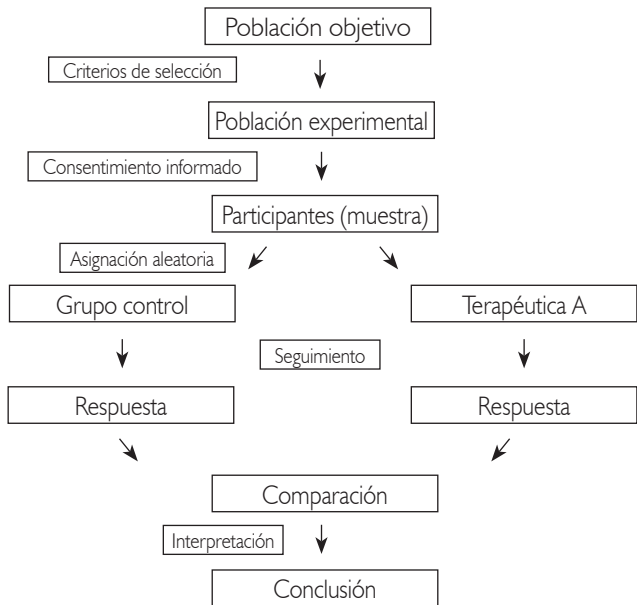


Figura 1. Estructura esquemática de un ensayo clínico aleatorizado.

Pregunta	Puntaje	Puntaje adicional
¿Se indica si el estudio fue aleatorio?	Sí (1)/No (0)	+ 1 si se describe el método de aleatorización y este es correcto. - 1 si se describe el método de aleatorización y este es incorrecto.
¿Se indica si el estudio fue doble ciego?	Sí (1)/No (0)	+ 1 si se describe el método de enmascaramiento y este es correcto. - 1 si se describe el método de enmascaramiento y este es incorrecto.
¿Hay una descripción de las pérdidas de seguimiento?	Sí (1)/No (0)	No hay puntaje adicional en esta pregunta.

Tabla 1. Valoración de la calidad de un ensayo clínico según la escala de Jadad.

## Resultados

De un total de 66 publicaciones identificadas en la búsqueda electrónica inicial, 6 artículos fueron seleccionados para el análisis por cumplir con los criterios de selección (ver detalles en figura 2).

Los datos que se da a continuación derivan exclusivamente de los artículos encontrados en el marco de búsqueda temporal y con los filtros seleccionados. No se descarta que existan evidencias de una eventual asociación entre la religión/espiritualidad y la progresión de una dolencia o enfermedad en artículos o trabajos que no se mencionan aquí.

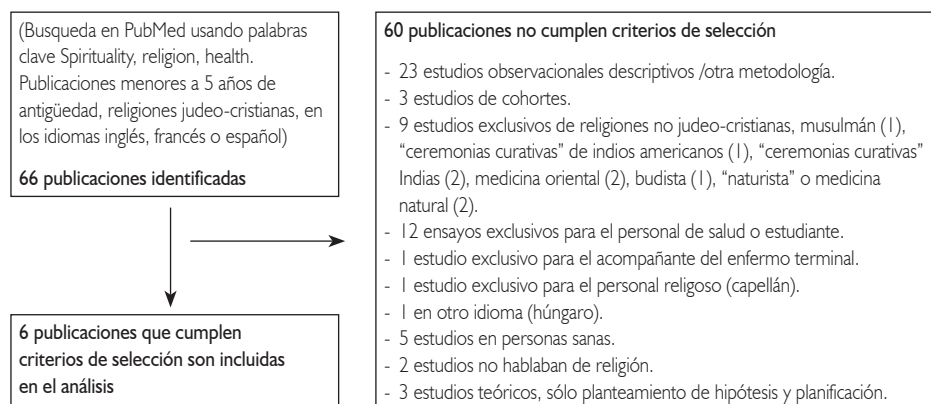


Figura 2. Proceso de selección de las publicaciones, criterios de selección y criterios de exclusión.

Ordenados según su año de publicación, 2 artículos corresponden al año 2014: el dirigido por Harold Koenig<sup>9</sup>, que trata sobre pacientes con depresión mayor y enfermedades crónicas y el estudio dirigido por Maureen Lyon<sup>10</sup> sobre adolescentes con diagnóstico de cáncer. Un artículo de Najmeh

<sup>9</sup> Cfr. Harold G. KOENIG, Lee S. BERK, Noha S. DAHER, Michelle J. PEARCE, Denise L. BELLINGER, Clive J. ROBINS, Bruce NELSON, Sally F. SHAW, Harvey Jay COHEN y Michael B. KING: *Religious involvement is associated with greater purpose, optimism, generosity and gratitude in persons with major depression and chronic medical illness*. En: *Journal of Psychosomatic Research*. Vol. 77, n° 2, agosto 2014, pp. 135-143.

<sup>10</sup> Cfr. Maureen E. LYON, Shana JACOBS, Linda BRIGGS, Yao Iris CHENG y Jichuan WANG: *A longitudinal, randomized, controlled trial of advance care planning for teens with cancer: anxiety, depression, quality of life, advance directives, spirituality*. En: *Journal of Adolescent Health*. Vol. 54, n° 6, junio 2014, pp. 710-717.

Jafari<sup>11</sup> es del año 2013 y es sobre mujeres en tratamiento con radioterapia por cáncer de mama (con estadificación variable entre I-IV según clasificación TNM<sup>12</sup>). Un estudio de Ian Olver y Andrew Dutney<sup>13</sup> es del año 2012 y fue realizado en pacientes en tratamiento oncológico. Es de destacar que este fue el único estudio aleatorizado con técnica de enmascaramiento triple ciego, simplemente porque la intervención se basaba en la oración intercesora (es una de las pocas metodologías en las cuales los pacientes no saben a qué grupo pertenecen). A pesar de tener una clasificación Jadad de 4 (elevada calidad) tiene un porcentaje de pérdida muestral de 33.3%, lo que hace disminuir la calidad de los resultados obtenidos. Cuando por algún motivo el porcentaje de pérdida es mayor al 20% (pérdida de contacto, abandono del estudio, migración, muerte, etc.) el resultado puede no ser representativo y puede existir un sesgo de selección de los pacientes.

Se seleccionó también dos estudios pertenecientes al año 2011: el dirigido por Philippe Huguelet<sup>14</sup>, que trata sobre pacientes con esquizofrenia y el de Jeanne McCauley<sup>15</sup>, realizado entre ancianos con enfermedades crónicas, como hipertensión, artritis y diabetes. En estos estudios la población fue muy variada: adolescentes, adultos (hombres y mujeres) y ancianos.

La calidad de estos estudios con respecto a su estructura y metodología fue baja-media, con promedio de escala Jadad de 2.83 (esta escala tiene un máximo de 5 puntos). Si bien estos estudios recolectan datos de un total de 1401 pacientes, algunos de ellos se componen de muestras muy pequeñas (30, 65, 78 pacientes), generando poca potencia estadística (ver detalles en Tabla 2).

El tiempo de seguimiento fue variable, pero en general bastante corto, desde 6 semanas hasta 6 meses y uno de los estudios no asegura el tiempo de seguimiento.

<sup>11</sup> Cfr. Najmeh JAFARI, Ahmadreza ZAMANI, Ziba FARAJZADEGAN, Fatemeh BAHRAMI, Hamid EMAMI, Amir LOGHMANI: *The effect of spiritual therapy for improving the quality of life of women with breast cancer: a randomized controlled trial*. En: *Psychology, Health & Medicine*. Vol. 18, n° 1, enero 2013, pp. 56-69.

<sup>12</sup> Cfr. Stephen B. EDGE, David R. BRYD, Carolyn C. COMPTON, April G. FRITZ, Frederick L. GREENE, Andy TROTTI (eds.): *AJCC Cancer Staging Manual*. Springer-Verlag New York, Nueva York, 2010.

<sup>13</sup> Cfr. Ian OLVER y Andrew DUTNEY: *A randomized, blinded study of the impact of intercessory prayer on spiritual well-being in patients with cancer*. En: *Alternative Therapies*. Vol. 18, n° 5, septiembre-octubre 2012, pp. 18-34.

<sup>14</sup> Cfr. Philippe HUGUELET, Sylvia MOHR, Carine BETRISEY, Laurence BORRAS, Christiane GILLIERON PALEOLOGUE, Adham Mancini MARIE, Isabelle RIEBEN, Nader Ali PERROUD y Pierre-Yves BRANDT: *A randomized trial of spiritual assessment of outpatient with schizophrenia: patients' and clinicians' experience*. En: *Psychiatric Services*. Vol. 62, n° 1, enero 2011, pp. 79-86.

<sup>15</sup> Cfr. Jeanne MCCAULEY, Steffany MOONAZ, Margaret TARPLEY, Harold G. KOEING, Susan J. BARTLETT: *A randomized controlled trial to assess effectiveness of a spiritually-based intervention to help chronically ill adults*. En: *The International Journal in Medicine*. Vol. 41, n° 1, 2011, pp. 91-105.



Los objetivos en los estudios fueron diversos, pero en general se buscó calificar o cuantificar calidad de vida, nivel de espiritualidad, ansiedad, depresión, adherencia al tratamiento y satisfacción con el cuidado brindado, entre otros. Todas las investigaciones muestran los resultados con su respectivo valor estadístico, tomando como referencia  $p < 0.05$ .

Como resultado no se encuentra una asociación significativa al usarse la religión/espiritualidad como terapia alternativa adicional al tratamiento habitual en comparación con la utilización del tratamiento habitual solamente. Esto también sucede con la oración intercesora. En otras palabras, no puede concluirse que la religión/espiritualidad cure a las personas ni las haga menos enfermas.

Sin embargo, hay algunos detalles que llaman la atención.

En pacientes con depresión mayor y enfermedades crónicas se puede encontrar una mayor asociación entre religión y la presencia de sentimientos positivos tales como: optimismo, propósito de vida, generosidad hacia otros y gratitud ( $p < 0.0001$ ). Estos sentimientos positivos eventualmente podrían alterar el curso de la enfermedad mental a largo plazo, pero se necesitaría estudios de mayor envergadura para su confirmación.

En pacientes con cáncer puede aumentar el nivel de espiritualidad ( $p = 0.0296$ ), mejorar el bienestar emocional ( $p = 0.03$ ) y mejorar la calidad de vida ( $p < 0.05$ ). En personas en las que se realiza oración intercesora puede estar asociado a un aumento del bienestar espiritual. En pacientes en tratamiento psiquiátrico por esquizofrenia podría asociarse a una mayor regularidad en la asistencia a los controles médicos en comparación al grupo control (92% y 76% respectivamente con un valor  $p = 0.03$ ).

En ancianos con enfermedades crónicas el contemplar la religión en la consulta médica puede estar asociado a un menor nivel de fatiga o “mayor energía” para realizar actividades diarias ( $p = 0.05$ ). Todos los autores mencionados resaltan la importancia de continuar investigando la temática, interpretando con cautela los datos, sin llegar a generalizar.

Principal autor/ año	Tipo de pacientes/ enfermedad	Objetivo	Número de pacientes	Duración	Calidad según escala de Jadad (puntos)	Resultado
Koenig y cols. 2014	Pacientes con depresión mayor y enfermedades crónicas.	Comparar terapia cognitiva secular versus terapia cognitiva con sustento religioso.	129	Sin datos	Aleatorizado, no ciego. No asegura cuántos pacientes perdieron seguimiento. (1)	No se encuentra una asociación significativa entre las distintas terapias. Si se encuentra una mayor asociación entre religión y presencia de sentimientos positivos tales como: optimismo, propósito de vida, generosidad hacia otros y gratitud ( $p < 0.0001$ ).
Lyon M. y cols. 2014	Adolescentes con diagnóstico de cáncer.	Comparar cuidados paliativos tradicionales versus cuidados paliativos con enfoque de cuidado centrado en la familia (incluye 4 sesiones de 60 minutos de abordaje espiritual).	30	3 meses	Aleatorizado, describe forma de aleatorización y es correcta. No ciego. Asegura cuántos pacientes perdieron seguimiento. (3)	No hay diferencias entre los grupos en la puntuación de calidad de vida ni en niveles de ansiedad o depresión. El nivel de interés por la espiritualidad/religión aumentó en el grupo con abordaje espiritual ( $p = 0.0296$ ).
Jafari N. y cols. 2013	Mujeres con cáncer de mama en tratamiento con radioterapia.	Comparar el efecto del tratamiento oncológico con radioterapia versus tratamiento oncológico con radioterapia más terapia espiritual (en total 6 sesiones de 2-3 horas cada una).	65	6 semanas	Aleatorizado, describe forma de aleatorización y es correcta. No ciego. Asegura cuántos pacientes perdieron seguimiento. (3)	Se encuentra una mejoría en la calidad de vida en el grupo que recibe terapia espiritual en comparación con el grupo control ( $p < 0.05$ ).
Olver I. y Dutney A. 2012	Pacientes adultos con tratamiento oncológico.	Comparar el efecto del tratamiento oncológico versus tratamiento oncológico más oración intercesora (personas oraban por una mejoría de este grupo de pacientes).	999	6 meses	Aleatorio, no describe método de aleatorización. Triple ciego y técnica correcta. Asegura cuántos pacientes perdieron seguimiento. (4)	En el grupo de pacientes con oración intercesora se encontró una mejora en el bienestar espiritual ( $p = 0.03$ ). PRESENTA UN GRAN PORCENTAJE DE PÉRDIDA DE LA MUESTRA (33.3%).

Huguelet P. y cols. 2011	Pacientes con esquizofrenia.	Comparar tratamiento psiquiátrico tradicional versus tratamiento tradicional más abordaje espiritual y religioso.	78	3 meses	Aleatorizado, describe forma de aleatorización y es correcta. No ciego. Asegura cuántos pacientes perdieron seguimiento. (3)	No hay diferencias entre grupos en adherencia a la toma de medicación ni satisfacción con el tratamiento. Los pacientes con abordaje espiritual tienen mayor regularidad en la asistencia a los controles en comparación al grupo control (92% versus 76% respectivamente, $p=0.03$ ).
McCauley J. y cols. 2011	Ancianos con enfermedades crónicas (hipertensión, artritis, diabetes y enfermedad cardíaca).	Comparar el efecto en la salud al recibir 5 sesiones, cada una mostrando un video de 28 minutos con una discusión grupal. "Reducción de riesgos cardiovasculares" versus "Planes para prosperar; una guía del paciente a la fe y la salud" (realizado por los autores).	100	6 semanas	Aleatorizado, describe forma de aleatorización y es correcta. No ciego. Asegura cuántos pacientes perdieron seguimiento. (3)	No se encontró diferencia estadísticamente significativa entre ambos grupos, con respecto a percepción de dolor, salud, grado de autonomía o humor. En el grupo con el video titulado "Planes para prosperar; una guía del paciente a la fe y la salud" se encontró menor nivel de fatiga o "mayor energía" para realizar actividades diarias ( $p=0.05$ ).

Tabla 2. Resultado de los 6 estudios que cumplieron los criterios de selección (ordenados según año de publicación). El valor estadísticamente significativo en un resultado que varía según el tipo de prueba a realizar y también en el grado de intervalo de confianza que se desea obtener. Como concepto general, un intervalo de confianza aceptable es igual o superior a 95% (CI: 95%) y un valor p estadísticamente significativo es todo aquel inferior a 0.05 ( $p<0.05$ ). También hay que tener presente que cuando el porcentaje de pérdida de muestra es mayor al 20% (por pérdida de contacto, abandono del estudio, migración, etc.) puede que no sea representativo y exista un sesgo de selección en los pacientes.

## Discusión

¿De qué forma podría actuar la religión/espiritualidad? Existen varios modelos teóricos que intentan explicar la interacción entre la religión y la salud. Uno de ellos es el aplicado por Kenneth Pargament y colaboradores<sup>16</sup>, determinando la existencia de dos tipos de dominios o ámbitos. Un dominio distal asociado a comportamientos individuales como la frecuencia de asistencia a servicios religiosos, la oración y meditación. También habla de un dominio proximal relacionado con las funciones o efectos de la religión/espiritualidad en la persona, como la posibilidad de apoyo espiritual, las creencias y la posibilidad de encontrar significado y propósito en la vida.

La religión y espiritualidad fortalecerían la autoestima y mejorarían el soporte social. Algo interesante a destacar es que, gracias a lineamientos de conducta preestablecidos en la comunidad religiosa, disminuirían los factores de riesgo para varias enfermedades (en algunas comunidades se motiva a la disminución o abstinencia de consumo de alcohol, tabaco<sup>17</sup> y algunas dietas con ciertas restricciones). También podría ocurrir algo similar en personas enfermas, ya que como expone Donna Stewart<sup>18</sup>, se puede asociar a importantes factores que determinan el curso de su enfermedad, tales como el cumplimiento de las recomendaciones del tratamiento y el cuidado personal, una mejor percepción de la enfermedad y la calidad de vida, menor percepción del dolor y mejor adherencia a realizar ejercicio físico.

Hay evidencias que sugieren que puede ocurrir un efecto neurofisiológico en el organismo, similar al que ocasiona el efecto placebo. El efecto placebo se define como la: “reducción de un síntoma en un individuo que percibe una intervención terapéutica y puede ser considerada tanto fisiológica como psicológica”<sup>19</sup>. Como ejemplo, a una persona con dolor podría administrarse simplemente suero fisiológico isotónico por vía intravenosa para “calmarle

<sup>16</sup> Cfr. Kenneth I. PARGAMENT, Nalini TARAKESHWAR, Christopher G. ELLISON y Keith M. WULF: *Religious coping among the religious: The relationships between religious coping and well-being in a national sample of presbyterian clergy, elders, and members*. En: *Journal for the Scientific Study of Religion*. Vol. 40, n° 3, septiembre 2001, pp. 497-513.

<sup>17</sup> Cfr. Behshid GARRUSI y Nouzar NAKHAE: *Religion and smoking: a review of recent literature*. En: *The International Journal of Psychiatry in Medicine*. Vol. 43, n° 3, 2012, pp. 279-92.

<sup>18</sup> Cfr. Donna STEWART y Tracy YEUN: *A systematic review of resilience in the physically ill*. En: *Psychosomatics*. Vol. 52, n° 3, mayo-junio 2011, pp. 199-209.

<sup>19</sup> Cfr. Nikola KOHLS, Sebastian SAUER, Martin OFFENBÄCHER y James GIORDANO: *Spirituality: an overlooked predictor of placebo effects?* En: *Philosophical Transactions of the Royal Society B: Biological Sciences*. Vol. 366, n° 1572, junio 27 de 2011, pp. 1838-1348.

el dolor” (no tiene ningún efecto en el tratamiento del dolor). Esta persona con los minutos, podría percibir que el nivel de dolor disminuye.

Se ha intentado dilucidar el mecanismo por el cual este efecto aparece. Evidencias indicarían que ciertos estímulos externos son recibidos y procesados por el sistema nervioso central en diferentes sectores del mismo (formación reticular, amígdala, hipotálamo, hipocampo y varias áreas de la corteza cerebral)<sup>20</sup>. Se basa en una modulación de la respuesta del organismo, que involucra un número grande y variado de múltiples sistemas neuronales. Intervienen sistemas neuronales que trabajan con neurotransmisores monoaminérgicos de excitación, de refuerzo y recompensa, e incluyendo también sistemas que trabajan con receptores opioides de analgesia y placer, colinérgicos de la memoria, entre otros (cannabinoides endógenos, óxido nítrico, glutamato, ácido gamma amino butírico, etc). Todo esto generaría “ajustes” en procesos fisiológicos relacionados con la salud como el sistema cardiovascular, neuroendocrino e inmunológico<sup>21</sup>, pero sus mecanismos son poco conocidos.

Aunque los efectos del recurso a la religión pueden considerarse mayormente positivos, corresponde también mencionar que en una minoría de casos en pacientes enfermos pueden aparecer trastornos o empeorar una dolencia. En la nueva edición del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-V®), se considera como motivo de eventual preocupación, el llamado “Problema religioso o espiritual” (códigos V62.89, Z65.8). Allí se especifica:

Esta categoría se debe utilizar cuando el objeto de la atención clínica es un problema religioso o espiritual. Entre los ejemplos cabe citar experiencias angustiantes que impliquen una pérdida o cuestionamiento de la fe, problemas relacionados con la conversión a una nueva fe, o el cuestionamiento de valores espirituales que pueden o no estar necesariamente relacionados con una iglesia organizada o con una institución religiosa<sup>22</sup>.

<sup>20</sup> Cfr. James GIORDANO y Joan ENGBRETSON: *Neural and cognitive basis of spiritual experience: biopsychosocial and ethical implications for clinical medicine*. En: *Explore*. Vol. 2, n° 3, mayo 2006, pp. 216-225.

<sup>21</sup> Cfr. Teresa E. SEEMAN, Linda FAGAN DUBIN y Melvin SEEMAN: *Religiosity/spirituality and health. A critical review of the evidence for biological pathway*. *American Psychologist*. Vol. 58, n° 1, enero 2003, pp. 53-63.

<sup>22</sup> ASOCIACIÓN AMERICANA DE PSIQUIATRÍA: *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5®)*. Asociación Americana de Psiquiatría, Arlington, VA, 2014, (Edición en español por: Editorial Médica Panamericana), p. 725.

Ciertamente, esto no implicaría un efecto negativo de la religión en sí, sino la posibilidad de que existan problemas clínicos asociados a algunos aspectos de la vida religiosa de las personas.

Múltiples guías fueron elaboradas para el personal de salud con el fin de extender la consideración de la religión en la práctica médica, como por ejemplo la elaborada por NCP (National Consensus Project for Quality Palliative Care)<sup>23</sup>, que representa a 6 asociaciones de Estados Unidos encargadas de cuidados paliativos. Actualmente existen más de 25 instrumentos elaborados para el abordaje de la historia espiritual, los cuales (usando mnemotecnias) formulan preguntas claves para los pacientes, los más completos y de mayor sensibilidad son los denominados: FICA, HOPE, SPIRITual Hisotry, FAITH y el elaborado por Royal College of Psychiatrists Instruments<sup>24</sup>.

El cuestionario denominado HOPE fue elaborado por Gowri Anandarajah<sup>25</sup> y consiste en una serie de preguntas. Sus preguntas y criterios son flexibles, sin un número fijo, pero que deben abarcar determinados temas, tales como:

H (Sources of **hope**, meaning, confort, strength, peace, love and connection). ¿Cuál es su fuente de esperanza, significado, confort, fuerza, paz, amor? ¿De qué manera genera usted esa “conexión”?

O- (**O**rganized religion) ¿Pertenece a una comunidad religiosa organizada? ¿ACuál?

P- (**P**ersonal spirituality and **p**ractices) ¿Cuáles son sus prácticas personales habituales y de qué manera lo/la ayudan?

E- (**E**ffects on medical care and **e**nd-of-life issues) ¿Qué efectos generan en su salud? ¿Sería útil para usted habar con un capellán, pastor o líder religioso? ¿Existen prácticas o restricciones específicas que debemos tener en cuenta para su cuidado/atención? (Como, por ejemplo: restricciones en la dieta, abstinencia a transfusión de hemoderivados, interés en el uso de terapias alternativas o complementarias, etc..

<sup>23</sup> Cfr. *The National Consensus Project for Quality Palliative Care Clinical Practice Guidelines for Quality Palliative Care*, 32013. Disponible de forma gratuita en: <http://www.nationalconsensusproject.org>

<sup>24</sup> Cfr. Giancarlo LUCCHETTI, Rodrigo M. BASSI y Alessandra L. GRANERO LUCCHETTI: *Taking spiritual history in Clinical practice: a systematic Review of instruments*. En: *Explore. The Journal of Science and Healing*. Vol. 9, n° 3, mayo-junio 2013, pp. 159-170.

<sup>25</sup> Cfr. Gowri ANANDARAJAH y Ellen HIGHT: *Spirituality and medical practice: Using the HOPE questions as a practical tool for spiritual assessment*. En: *American Family Physician*. Vol. 63, n° 1, pp. 81-88.

Otro ejemplo de una mnemotecnia para usar en la clínica es el cuestionario FICA, realizado por Christina Puchalski<sup>26</sup>. Esta autora (con más de 40 publicaciones en esta temática en PubMed) le da tanta importancia a la historia espiritual que sugiere que en la práctica clínica debería ser un signo vital a registrarse en la historia clínica (como constatar la presión arterial, frecuencia cardíaca, frecuencia respiratoria o la temperatura corporal). El cuestionario FICA tiene en cuenta:

- F- (**F**aith, belief, meaning) ¿Posee fe? ¿Cuál/cuáles son sus creencias? ¿Qué significado tiene para usted?
- I- (**I**mportance and influence) ¿Qué importancia tiene la religión/espiritualidad en su vida? ¿De qué forma lo/la influencia?
- C- (**C**ommunity) ¿Pertenece a alguna comunidad religiosa?
- A- (**A**ddress in care) ¿Qué dirección, número de teléfono u otra forma de comunicarse con esa comunidad tiene mientras usted esté internado?

Junto con la progresiva aceptación de la religión/espiritualidad en la salud del ser humano también va cambiando el modelo médico preponderante. A finales de 1970 George Engel<sup>27</sup> sugiere un abordaje del paciente que tenga en cuenta varias disciplinas, no sólo la médica, incluyendo las dimensiones social, psicológica y conductual para poder primero explicar y luego tratar correctamente una enfermedad.

Poco a poco, y como sugiere Allen Dyer, surge la necesidad de contemplar la espiritualidad/religión como forma de abordaje integral del paciente. Se cita a continuación:

La espiritualidad es un componente complejo que juega un papel importante en cómo las personas hacen para lidiar con la enfermedad y responder a ella. La espiritualidad es en sí misma un fenómeno complejo, sujeto a mucha ambigüedad. La religión o la espiritualidad puede ser beneficioso para la salud, los beneficios se pueden apreciar y en algunos casos medir, de manera

<sup>26</sup> Cfr. Mieke VERMANDERE, Yoo-Na CHOI, Heleen DE BRABANDERE, Ruth DECOUTTIERE, Evelien DE MEYERE, Elien GHEYSSENS, Brecht NICKMANS, Melanie SCHOUTTETEN, Lynn SEGHERS, Joachim TRUIJENS, Stien VANDENBERGHE, Sofie VAN DE WIELE, Laure-Anne VAN OEVELEN y Bert AERTGEERTS: *GPs' views concerning spirituality and the use of the FICA tool in palliative care in Flanders: a qualitative Study*. En: *British Journal of General Practice*. Vol. 62, n° 603, 2012, pp. 718-725. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3459780/> (10/6/2016).

<sup>27</sup> Cfr. George ENGEL: *The need for a new medical model: a challenge for biomedicine*. En: *Science*. Vol. 196, n° 4286, 1977, pp. 129-136.

que la ciencia puede explicar o al menos ofrecer una cierta comprensión, posiblemente a través de las mediaciones del sistema inmune (psico-neuro-inmune, comenzándose a llamar comúnmente PNI)<sup>28</sup>.

De esta manera aparece el modelo biopsicosocioespiritual (BPSS por sus siglas en inglés) el cual progresivamente va ganando aceptación.

## Conclusiones

La religión/espiritualidad puede lograr una reinterpretación de la realidad ante un suceso negativo y en algunos casos puede tener un efecto importante en el componente emocional. Si bien no altera el curso de una enfermedad puede brindar optimismo, sentido de propósito en la vida, generosidad y gratitud. La hipótesis que se plantea es que la religión secundariamente puede ejercer una modulación en la percepción de la calidad de vida y la percepción del estado de su propia enfermedad, colaborando finalmente con la disminución del sufrimiento. Todo esto motiva a pasar progresivamente a un modelo de atención más integral, denominado modelo biopsicosocioespiritual (BPSS).

A partir de todo lo que hemos desarrollado en el presente artículo podemos afirmar que el campo de estudio sobre la religión en la medicina tuvo y tiene un desarrollo intenso en los últimos 50 años. Sin embargo, aún falta mucho por conocer y avanzar investigando. En parte, esto exigirá una profundización en el diálogo interdisciplinar.

## Bibliografía

ANANDARAJAH, Gowri y Ellen HIGHT: *Spirituality and medical practice: Using the HOPE questions as a practical tool for spiritual assessment*. En: *American Family Physician*. Vol. 63, n° 1, pp. 81-88.

<sup>28</sup> Allen DYER: *The need for a new "New medical model": A Bio-Psychosocial-Spiritual Model*. En: *Southern Medical Journal*. Vol. 4, n° 4, 2011, pp. 297-298.



- ARGIMON PALLÁS, Josep María y Josep JIMÉNEZ VILLA: *Revisiones sistemáticas. En: Métodos de investigación clínica y epidemiológica*. Elsevier España, Madrid, 32004, p. 103.
- ASOCIACIÓN AMERICANA DE PSIQUIATRÍA: *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5®)*. (Edición en español por: Editorial Médica Panamericana). Asociación Americana de Psiquiatría, Arlington, VA, 2014.
- BYRD, Randolph: *Positive therapeutic effects of intercessory prayer in a coronary care unit population*. En: *Southern Medical Journal*. Vol. 81, n° 7, julio 1988, pp. 826-829.
- DYER, Allen: *The need for a new "New medical model": A Bio-Psychosocial-Spiritual Model*. En: *Southern Medical Journal*. Vol. 4, n° 4, 2011, pp. 297-298.
- EDGE, Stephen B., David R. BRYD, Carolyn C. COMPTON, April G. FRITZ, Frederick L. GREENE, Andy TROTTI (eds.): *AJCC Cancer Staging Manual*. Springer-Verlag New York, Nueva York, 2010.
- ENGEL, George: *The need for a new medical model: a challenge for biomedicine*. En: *Science*. Vol. 196, n° 4286, 1977, pp. 129-136.
- GARCIA, Diego Librenza, Tatiana Klaus SANSONOWICZ, Gabriela Lotin NUERNBERG, Marcelo Pio DE ALMEIDA FLECK y Neusa Sica DA ROCHA: *Spirituality in Psychiatric consultation: health benefits and ethical aspect*. En: *Revista Brasileira de Psiquiatria*. Vol. 35, n° 3, julio-septiembre de 2013, pp. 335-336.
- GARRUSI, Behshid y Nouzar NAKHAEI: *Religion and smoking: a review of recent literature*. En: *The International Journal of Psychiatry in Medicine*. Vol. 43, n° 3, 2012, pp. 279-92.
- GIORDANO, James y Joan ENGBRETSON: *Neural and cognitive basis of spiritual experience: biopsychosocial and ethical implications for clinical medicine*. En: *Explore*. Vol. 2, n° 3, mayo 2006, pp. 216-225.
- HARRIS, William S., Manohar GOWDA, Jerry W. KOLB, Christopher P. STRYCHACZ, James L. VACEK, Philip G. JONES, Alan FORKER, James H. O'KEEFE y Ben D. MCCALLISTER: *A randomized, controlled trial of the effects of remote, intercessory prayer on outcomes in patients admitted to the coronary care unit*. En: *Archives of Internal Medicine*. Vol. 159, n° 19, octubre 1999, pp. 2273-2278.
- HUGUELET, Philippe, Sylvia MOHR, Carine BETRISEY, Laurence BORRAS, Christiane GILLIERON PALEOLOGUE, Adham Mancini MARIE, Isabelle RIEBEN, Nader Ali PERROUD y Pierre-Yves BRANDT: *A randomized trial of spiritual*

*assessment of outpatient with schizophrenia: patients' and clinicians' experience.*  
En: *Psychiatric Services*. Vol. 62, n° 1, enero 2011, pp. 79-86.

JAFARI, Najmeh, Ahmadreza ZAMANI, Ziba FARAJZADEGAN, Fatemeh BAHRAMI, Hamid EMAMI, Amir LOGHMANI: *The effect of spiritual therapy for improving the quality of life of women with breast cancer: a randomized controlled trial.*  
En: *Psychology, Health & Medicine*. Vol. 18, n° 1, enero 2013, pp. 56-69.

JOVELL, Albert J. y María D. NAVARRO-RUBIO: *Evaluación de la evidencia científica.*  
En: *Medicina Clínica (Barcelona)*. Vol. 105, n° 19, 1995, pp. 740-743.

KOENIG, Harold G., Lee S. BERK, Noha S. DAHER, Michelle J. PEARCE, Denise L. BELLINGER, Clive J. ROBINS, Bruce NELSON, Sally F. SHAW, Harvey Jay COHEN y Michael B. KING: *Religious involvement is associated with greater purpose, optimism, generosity and gratitude in persons with major depression and chronic medical illness.* En: *Journal of Psychosomatic Research*. Vol. 77, n° 2, agosto 2014, pp. 135-143.

KOENIG, Harold G., Linda K. GEORGE y Patricia TITUS: *Religion, spirituality, and health in medically ill hospitalized older patients.* En: *Journal of the American Geriatrics Society*. Vol. 52, n° 4, abril 2004, pp. 554-562.

KOHL, Nikola, Sebastian SAUER, Martin OFFENBÄCHER y James GIORDANO: *Spirituality: an overlooked predictor of placebo effects?* En: *Philosophical Transactions of the Royal Society B: Biological Sciences*. Vol. 366, n° 1572, junio 27 de 2011, pp. 1838-1348.

LUCCHETTI, Giancarlo y Alessandra Lamas GRANERO LUCCHETTI: *Spirituality, religion, and health: over the last 15 years of field research (1999-2013).* En: *The International Journal of Psychiatry in Medicine*. Vol. 48, n° 3, 2014, pp. 199-215.

LUCCHETTI, Giancarlo, Rodrigo M. BASSI y Alessandra L. GRANERO LUCCHETTI: *Taking spiritual history in Clinical practice: a systematic Review of instruments.* En: *Explore. The Journal of Science and Healing*. Vol. 9, n° 3, mayo-junio 2013, pp. 159-170.

LYON, Maureen E., Shana JACOBS, Linda BRIGGS, Yao Iris CHENG y Jichuan WANG: *A longitudinal, randomized, controlled trial of advance care planning for teens with cancer: anxiety, depression, quality of life, advance directives, spirituality.* En: *Journal of Adolescent Health*. Vol. 54, n° 6, junio 2014, pp. 710-717.

MCCAULEY, Jeanne, Steffany MOONAZ, Margaret TARPLEY, Harold G. KOENIG y Susan J. BARTLETT: *A randomized controlled trial to assess effectiveness of a*

- spiritually-based intervention to help chronically ill adults*. En: *The International Journal in Medicine*. Vol. 41, n° 1, 2011, pp. 91-105.
- MONOD, Stéfanie, Mark BRENNAN, Etienne ROCHAT, Estelle MARTIN, Stéphane ROCHAT y Christophe J. BÜLA: *Instruments measuring spirituality in clinical research: a sistematic review*. En: *Journal General Internal Medicine*. Vol. 26, n° 11, noviembre 2011, pp. 1345-1357.
- OLVER, Ian y Andrew DUTNEY: *A randomized, blinded study of the impact of intercessory prayer on spiritual well-being in patients with cancer*. En: *Alternative Therapies*. Vol. 18, n° 5, septiembre-octubre 2012, pp. 18-34.
- PARGAMENT, Kenneth I., Nalini TARAKESHWAR, Christopher G. ELLISON y Keith M. WULFF: *Religious coping among the religious: The relationships between religious coping and well-begin in a national sample of presbyterian clergy, elders, and members*. En: *Journal for the Scientific Study of Religion*. Vol. 40, n° 3, septiembre 2001, pp. 497-513.
- SEEMAN, Teresa E., Linda FAGAN DUBIN y Melvin SEEMAN: *Religiosity/spirituality and health. A critical review of the evidence for biological pathway*. En: *American Psychologist*. Vol. 58, n° 1, enero 2003, pp. 53-63.
- STEWART, Donna y Tracy YEUN: *A systematic review of resilience in the physically ill*. En: *Psychosomatics*. Vol. 52, n° 3, mayo-junio 2011, pp. 199-209.
- The National Consensus Project for Quality Palliative Care Clinical Practice Guidelines for Quality Palliative Care*, <sup>3</sup>2013. Disponible en: <http://www.nationalconsensusproject.org>
- VERMANDERE, Mieke, Yoo-Na CHOI, Heleen DE BRABANDERE, Ruth DECOUTTERE, Evelien DE MEYERE, Elien GHEYSSENS, Brecht NICKMANS, Melanie SCHOUTTETEN, Lynn SEGHERS, Joachim TRUIJENS, Stien VANDENBERGHE, Sofie VAN DE WIELE, Laure-Anne VAN OEVELEN y Bert AERTGEERTS: *GPs' views concerning spirituality and the use of the FICA tool in palliative care in Flanders: a qualitative Study*. En: *British Journal of General Practice*. Vol. 62, n° 603, 2012, pp. 718-725. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3459780/> (10/6/2016).